

(送付先) 〒231-8434 横浜市中区北仲通 5-57 横浜第二合同庁舎 13階
 神奈川労働局 労災補償課 分室
 TEL : 045-222-6625

FAX : 045-662-6615

注文用紙 (郵送用)

労災指定番号	医療機関住所・名称	ご担当者
	住所 (〒 -) 名称	担当者名 _____ 所属 _____ TEL _____

診療費

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
7230	労働者災害補償保険診療費請求書 様式第1号	枚
7231	診療費請求内訳書(入院用) 様式第2号	枚
7232	診療費請求内訳書(入院外用) 様式第3号	枚
7233	診療費請求内訳書(入院用 傷)	枚
7234	診療費請求内訳書(入院外用 傷)	枚
		枚
		枚

アフターケア

物品番号	請求書等の名称	請求枚数
81201	アフターケア委託費請求書	枚
81203	アフターケア委託費請求内訳書	枚

郵送料

郵送料	140 円	180 円	270 円	320 円	510 円	750 円
用紙枚数	5 枚 (50 g)	14 枚 (100 g)	22 枚 (150 g)	42 枚 (250 g)	90 枚 (500 g)	190 枚 (1 kg)

* 用紙の種類や返信用封筒の重さによって、枚数が異なることがあります。

● 郵送での受け取りを希望される場合

注文用紙と返信用封筒をご郵送ください。

注文用紙：レセプト用紙右下に記されている物品番号を確認の上、必要枚数を記入

返信用封筒 (A4 サイズ以上)：送り先住所を記入し、合計枚数に見合う切手を貼付

(用紙は無料です。送料のみご負担お願いします)

● 労災補償課分室での受け取りを希望される場合

余白に「受け取り希望日」を記入のうえ、前日の午前中までに FAX をお願いいたします。

● 宅急便着払での受け取りを希望される場合

余白に『宅急便着払い』と記入のうえ、FAX をお願いいたします。